

様式第1号（第3条関係）

諏訪広域連合介護保険 高額介護サービス費等受領委任払承認（継続）申請書						
被保険者証番号		委任開始利用年月	年 月	承認番号	※ 号	
氏 名			生年月日	年 月 日生		
居宅介護支援事業者名	名 称					
	所在地					
サービス提供機関名	名 称					
	所在地					
	名 称					
	所在地					
要 介 護 度		有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
高額介護サービス費等の支払が困難な理由	世帯の状況	氏 名	続柄	年齢	職業	収入金額（年額）
	理由					
諏訪広域連合 広域連合長 様 上記のとおり申請します。						
市町村長 様 受領委任承認のため、私及び私の世帯員の課税資料を閲覧することに同意します。						
年 月 日 住所 氏名 印						